

zei administrate. Gabapentina acţionează asupra activităţii nervoase prin legarea cu subunitatea  $\alpha_2\delta$  a canalelor de calciu, micşorând astfel activitatea neuronală sporită. Gabapentina are eficacitate demonstrată în diferite tipuri de durere mixtă şi durere neuropatică şi astfel apare ca o alegere logică în terapia pruritului uremic.

Airtalul® (aceclofenac de sodiu) reprezintă o moleculă înrudită cu diclofenacul şi dispune de o activitate antiinflamatoare şi analgezică similară cu acest „standard de aur” printre antiinflamatoare nesteroidiene. Preparatul acţionează prin inhibiţia ciclooxigenazelor 1 şi 2. În acelaşi timp, aceclofenacul de sodiu dispune de o toleranţă gastrointestinală ameliorată în comparaţie cu diclofenacul şi în metaanaliză a demonstrat rata hemoragiilor gastrointestinale de 3,5 ori mai mică în comparaţie cu acesta. Forma de livrare este un comprimat cu 100 mg de preparat, indicat de 1-2 ori/zi. Luând în consideraţie particularităţile metabolismului aceclofenacului de sodiu şi creşterea sintetizării citokinelor proinflamatoare în timpul şedinţei de hemodializă, considerăm fundamentată administrarea acestui preparat după şedinţa de dializă.

După efectuarea monoterapiei cu gabapentină (tebantin®) (0,3 zilnic, 1 săptămână), 2 (20%) din 10 pacienţi au raportat dispariţia pruritului uremic şi 5 (50%) din 10 – reducerea lui semnificativă. Tratatamentul combinat cu gabapentină (0,3 zilnic) şi aceclofenac de sodiu (0,1 în ziua dializei, 1 săptămână) a condiţionat dispariţia completă a pruritului uremic la 6 (60%) din 10 cazuri ( $p < 0,05$  versus monoterapia cu gabapentină) şi o ameliorare semnificativă la 2 pacienţi (20%). La 2 bolnavi tratamentul combinat nu a fost eficace. La o pacientă am înregistrat nivel extrem de mare de fosfor în ser ( $> 3,00$  mmol/l), suplimentar au fost manifestări clinice evidente ale bolii minerale osoase, cauzate de insuficienţa renală cronică terminală. Altă pacientă a decăzut din studiu în urma unui efect neaşteptat al primei doze de gabapentină (dezorientare, obnubilare). Am efectuat o şedinţă suplimentară de dializă, având drept scop normalizarea stării ei. În context clinic este important de menţionat că această pacientă era o femeie hipoponderală astenică, ceea ce ar fi putut creşte riscul reacţiei patologice la doza iniţială de gabapentină.

### Concluzii

Pruritul uremic este o problemă frecventă a pacienţilor dializaţi, iar caracterul acestei suferinţe este, de obicei, multifactorial. Studiul efectuat a demonstrat că tratamentul combinat cu tebantina® (gabapentină, 1 capsulă de 0,3 pe zi) şi airtal® (aceclofenac, 1 comprimat 0,1 în ziua dializei) este eficient la majoritatea pacienţilor dializaţi.

### Bibliografie

1. Zucker I., Yosipovitch G., David M., Gaftor U., Boner G., *Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing hemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease*. J. Am. Acad. Dermatol., 2003; 49(5):842-846.
2. Covic A., Covic M., Segall L., Gusbeth-Tatomir P., *Manual de nefrologie*. Iaşi, Editura Polirom, 2007, 260 p.
3. Daugirdas J., Blake P., Ing T., *Handbook of Dialysis*. 4th edition, Wolters Kluwer health, Lippincott, Williams & Wilkins, 2006, 744 p.
4. Malluche H., Hakim R., Sayegh M., *Clinical Nephrology, Dialysis and Transplantation*. Germany, Dustri-Verlag, 2004, 1518 p.

### Rezumat

Evaluarea transversală a pacienţilor din Centrul de Dializă şi Transplant Renal al IMSP Spitalul Clinic Republican a determinat o afectare semnificativă a calităţii vieţii pacienţilor dializaţi, care suferă de prurit. Studiul secvenţial încrucişat a demonstrat eficacitatea sporită a biterapiei orientate spre controlul atât al modificărilor neurologice, cât şi al celor inflamatoare la pacienţii cu prurit uremic, cu excepţia celor cu dereglări grave ale metabolismului calciu-fosforic.

### Summary

Transversal study of the patients from the Center of Dialysis and Kidney transplantation of the PMSI Clinical Republican Hospital determined a significant reduction of the quality of life of the dialysed patients, which was caused by pruritus. Sequential cross-over study demonstrated an increased efficiency of bitherapy oriented both on the inflammatory as well as neurological modifications correction in patients with uremic pruritus, excepting those with severe affection of the calcium-phosphorus metabolism.

### Резюме

Трансверсальное исследование пациентов из Центра Диализа и Трансплантации Почек ОМСУ Клиническая Республиканская Больница обнаружило значительное снижение качества жизни у диализных пациентов, которые страдают от уремического кожного зуда. Последовательное перекрёстное исследование продемонстрировало повышенную эффективность бitherпии, направленной на купирование как неврологических, так и воспалительных проявлений уремического кожного зуда, исключая больных с выраженными нарушениями кальций-фосфорного метаболизма.

## CIROZA HEPATICĂ CA COMPLICAȚIE A BOLII HIDATICE

**Galina Pavliuc**, dr. în medicină, conf. cercet.,  
**Sergiu Pisarenco**, dr. în medicină, **Maria Danu**,  
dr. în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Introducere

Echinococoză rămâne o problemă medicală serioasă pentru R. Moldova care este o țară endemică.

Deși metodele de diagnostic și tratament se elaborează și se dezvoltă activ, majoritatea pacienților se internează în clinică deja cu complicații dezvoltate [9,10], ce afectează considerabil tratamentul și înrăutățește rezultatele postoperatorii. Cele mai frecvente complicații ale bolii hidatice sunt supurarea, ruptura chistului în cavitatea abdominală liberă sau ducturile biliare intrahepatice și calcinarea chistului, care se consideră de unii autori drept autovindecare [1,4,7].

Deseori se observă însă complicații care se dezvoltă în organul purtător. După datele diferiților autori, ele apar la 19-23% din pacienți [10,8].

Modificările funcționale apar în urma compresiei ficatului cu chist hidatic în creștere și acțiunii toxice a lichidului din chist. Gradul modificărilor depinde de răspândirea procesului și de prezența complicațiilor [2,30].

Prezența chistului hidatic în ficat și presiunea înaltă în chist duc la dereglarea circulației sangvine din ficat, ischemia cronică și hipoxia tisulară, care provoacă rezistența vasculară în acest organ și apariția dereglărilor mixte de circulație sangvină în sistemul venei porte [5,6]. Procesele distrofice pronunțate apar în ficat mai des la localizarea hidatidelor în proiecția porților ficatului și în echinococoză multiplă.

Scopul lucrării este aprobarea planului de investigații, a tacticii pregătirii preoperatorii, alegerii metodei de operație și reabilitării postoperatorii a bolnavilor cu ciroza dezvoltată pe fondul echinococozei.

### Material și metode

În clinica chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”, pe baza spitalului „Sfânta Treime”, în perioada 1990 – 2010 au fost operați 378 de pacienți cu echinococoză hepatică, în vârstă de la 15 până la 74 de ani, 157 femei și 121 bărbați. Diagnosticul se baza pe rezultatele USG, schenogramei, radiografiei și radioscopiei, TC, FEGDS, testelor clinice și biochimice, imunodiagnosticii.

USG, ca metodă cea mai informativă și simplă, a fost efectuată la toți pacienții. După datele USG s-au apreciat structura ficatului, localizarea, dimensiunile chistului, relațiile lor cu ducturile biliare și vasele hepatice. Examinările au fost efectuate cu ajutorul scannerului ultrasonor „Toshiba” și „Aloka” (Japonia) prin metoda de dopplerografie.

Noi am folosit USG și în perioada postoperatorie timpurie și tardivă, pentru monitorizarea procesului din țesutul hepatic și obliterarea cavităților restante. Scanarea ficatului s-a efectuat la 37 de pacienți, nu atât pentru confirmarea diagnosticului de echinococoză, cât pentru determinarea stării funcționale a ficatului.

R-grafiascopia ficatului a permis depistarea complicațiilor la ruptura chisturilor, reacția din par-

tea pleurei. Metodele cu contrast se foloseau pentru fistulografie și colangiografia retrogradă. Pentru diagnosticarea cirozei hepatice metodele date n-au fost informative.

TC este o metoda precisă de diagnostic, poate evidenția bine conținutul chistului, starea peretelui chistului principal, prezența complicațiilor în chist, dimensiunile ficatului, structura lui, relațiile chistului cu vasele magistrale și ducturile biliare. Din cauza că este o metodă costisitoare, a fost efectuată numai la 51 de pacienți în cazurile în care diagnosticarea era complicată.

Diagnosticarea imunologică a fost efectuată la 112 pacienți, atât pentru stabilirea diagnosticului cât și pentru excluderea recidivelor la distanță.

EFGDS a fost efectuată pacienților cu anamneză ulceroasă concomitentă, la ruperea chisturilor hidatice în ducturile biliare magistrale și pentru diagnosticarea dilatării varicoase a venelor esofagiene.

### Rezultate și discuții

În timpul examinării s-a stabilit că chisturile hidatice se aflau în perioade diferite de dezvoltare: echinococoză necomplicată 201 (53%), chisturile hidatice supurate – 125 (33%), calcificarea – 42 pacienți; (14%) chisturile unice – 291 (77%), chisturile multiple – 87 (23%). Dimensiunile chistului au variat de la 6 până la 35 cm. Din 378 de bolnavi ciroza s-a depistat la 15 (39%). La 9 pacienți ciroza s-a depistat înainte de operație, la 6 a fost o descoperire intraoperatorie. La 6 bolnavi chisturile hidatice s-au localizat intraparenchimos în proiecția segmentelor 1,4,8; la 5 au fost chisturi hidatice gigante, la 4 pacienți era echinococoză hepatică multiplă. Hepatită virală B în anamneza au avut 2 pacienți.

Ciroza hepatică decompensată cu hipertensiune portală, splenomegalie, hipsplenism, dilatarea varicoasă a venelor esofagiene s-au atestat la 3 pacienți. La 7, pentru determinarea funcției parenchimului, a fost efectuată scanarea ficatului. La USG în 9 cazuri a fost depistată hepatomegalia, semne de hipertensiune portală – v. portă era de 14,5 mm în lățime. USG permitea depistarea localizării chistului față de vasele magistrale și determina starea parenchimului.

Noi am hotărât să determinăm gradul de dereglare a circulației sangvine la un grup de 8 bolnavi, analizând rezultatele investigațiilor circulației sangvine prin metoda de dopplerografie. În afară de viteza liniară a fluxului sangvin în vena portă, artera proprie hepatică și venele hepatice, cele mai pronunțate modificări ale circulației sangvine hepatice au fost descoperite la chisturi hidatice localizate în S 1-8 ale ficatului și s-au caracterizat prin creșterea bruscă a vitezei fluxului sangvin în vena portă și dilatarea acesteia. Vitezele minimă și maximă ale fluxului sangvin liniar în artera hepatică proprie scădea.

La bolnavii cu schimbări pronunțate în parenchimul ficatului, survenite pe fond de echinococoză-ciroză, e important de determinat gradul de hipertensiune portală și insuficiența hepatică, gradul de activitate a procesului, stadiul bolii, prezența complicațiilor și numai după aceasta de planificat volumul intervenției chirurgicale.

Gradul dereglării stării funcționale a fost determinat pe baza testelor biochimice – bilirubinei, fermentilor hepatici, fosfatazei alcaline, proteinei generale, proteinogramei, probei de timol.

Hiperbilirubinemia a fost depistată la 7 pacienți, indicii de bilirubină au variat de la 46 (29,1 -16,9) până la 175 (123,6-51,4), creșterea activității fermentilor hepatici a fost atestată la 11 pacienți, scăderea proteinei generale – la 5, a protrombinei – la 8.

Ciroza hepatică nu era contraindicație pentru operație, dar necesita o pregătire preoperatorie serioasă. Timp de 5-7 zile pacienților li s-a administrat medicație care includea preparate cu proteine (plasmă, albumină) sau substituenții lor (hepasol, aminosol), soluții reologice (reopoliglucin, dipiridamol, pentilin, reosorbilact), hepatoprotectoare, vitamine, hormoni. În rezultatul tratamentului de obicei nu toți indicii se normalizau și tratamentul chirurgical era riscant. Planificând operația, noi ne-am condus de următoarele cerințe: minitraumatism, pierderea minimală de sânge, scurtarea timpului operației.

În acest grup de bolnavi posibilitățile unor operații radicale erau limitate din cauza că vasele magistrale erau aproape și au avut loc schimbări ireversibile în parenchimul ficatului. Operațiile la ficat deseori se complică cu hemoragii, care sunt greu de stopat. În caz de ciroză hepatică, situația este și mai complicată. De aceea, preoperator trebuie determinată localizarea precisă a chistului cu ajutorul USG polipoziționale. La localizarea intrahepatică, în timpul operației se produce preventiv o puncție cu un ac subțire, pentru a preveni pătrunderea într-un vas sangvin mare. Când simțim că acul se „prăvălește” în chist, efectuăm aspirarea parțială a conținutului și apoi cu ajutorul bisturiului sau al pensei, facem un „tunel” și deschidem chistul cu înlăturarea elementelor de chitină, veziculelor-fiice, prelucrăm cavitatea reziduală cu soluție hipertonică, betadină și introducem un dren gros cu două lumene.

Acest fel de echinococectomie a fost efectuată la 6 pacienți. La chisturi gigante (5 pacienți) am efectuat echinococectomia cu rezecția marginilor proeminente ale capsulei fibroase și plombarea cavității restante cu epiplon cu ajutorul compozițiilor adezive. La echinococoză multiplă am combinat aceste operații. Chisturi hidatice supurate au fost depistate la 7 pacienți (la 5 bolnavi însămănțarea a fost sterilă, la

2 a fost depistată *Escherichia coli*). Ducturile biliare se deschideau în cavitatea chistului la 5 bolnavi, la 4 pacienți chisturile au fost calcificate.

Hemoragie intraoperatorie a fost în 2 cazuri, cu maximală pierdere de sânge de 700 ml. A decedat o pacientă cu un chist gigant supurat (după decompresie s-a dezvoltat insuficiența hepatică).

După operație pacienții necesitau prelungirea corecției medicamentoase. Perioada postoperatorie era complicată, perioada de reabilitare a fost mai lungă. La 2 bolnavi cu chisturi hidatice intrahepatice supurate timp de 21 și, respectiv, 48 de zile au funcționat fistulele bilio-purulente, care au fost asanate prin drenuri, după oprirea eliminărilor din chist acestea au fost înlăturate. La pacienții cu pereții calcificați, în 3 cazuri au rămas cavități fibroase cu „carcas” (care în procesul observării s-au împlut cu țesut hepatic). La control peste 6 luni /2 ani/ 5 ani, la 5 bolnavi s-a depistat micșorarea diametrului v. porte, hiperbilirubinemie neînsemnată (până la 40) – la 3, activitatea crescută a fermentilor hepatici de 3 ori – la 3, scăderea indicelui protrombinic – la 1. Recidiva maladiei a avut o pacientă peste 5 ani. Terapie medicamentoasă antiparazitară nu s-a administrat, din cauza că preparatele sunt hepatotoxice.

Conform celor menționate, considerăm că rezultatele tratamentului acestui grup de bolnavi au fost bune.

### Concluzii

Ciroza hepatică este una din cele mai grave complicații ale bolii hidatice hepatice, care complică considerabil tratamentul operatoriu.

La dezvoltarea cirozei duc chisturile complicate care n-au fost diagnosticate timp îndelungat, cu localizare intrahepatică în proiecția porților ficatului; chisturile gigante periferice, care produc devierea și compresia vaselor magistrale; echinococoză hepatică multiplă.

La baza etiologiei sunt 2 mecanisme – compresiv și toxic. La acest grup de bolnavi trebuie de utilizat tot arsenalul de mijloace de diagnostic, pentru aprecierea localizării precise a chistului, poziției în raport cu vasele magistrale, dimensiunilor, prezenței complicațiilor în chist și gradului modificărilor în parenchim.

Tratamentul operator necesită corecție medicamentoasă preoperatorie. Volumul operației trebuie să fie minimal, cruțător pentru parenchimul ficatului, cu pierderi minime de sânge. Pacienții din grupul dat necesită o perioadă de reabilitare postoperatorie mai îndelungată, cu tratament conservator obligatoriu de 2 ori pe an.

### Bibliografie

1. Colaie R.B., Grubor N.M., Colic M.U., *Portal Cavernoma caused by a calcified hydatid cyst of the liver*. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 2008; 20(3):237-239.



2. El Fortia M., Benavud M., Taema S., *Segmental portal hypertension due to a splenic Echinococcus cyst*. Eur. J. Ultrasound, 2000; 11(1):21-23.
3. Gonzales E.P., Gil-Grande L., del Arbol L.R. et al., *Presinusoidal portal hypertension secondary to portal invasive echinococcosis*. J. Chir. Gastroenterol., 2002; 34(1):103-104.
4. Kayacetin E., Hidayetoglu T., *Hidatid cyst of the liver causing a cavernous transformation in the vien and complicated by intrabiliary and intraperitoneal rupture*. Y. Gastroeneterol. hepatol., 2004; 19(10):1223-1224.
5. Okan V., Araz M., Demirci F., *Hydatid cyst: a rare cause of ascites*. Comput. Med. Imaging Graph., 2002; 26(5): 357-359.
6. Secchi M.A., Pettinari R., Mercapide C., *Surgical management of liver hydatidosis: a multicentre series of 1412 patients*. Liver Int., 2010; 30 (I): 85-93.
7. Sherg I., Gerbeer D.A., *Complication and management of an echinococcal cyst of the liver*. J.Am Coll Surg., 2008; 206(3): 1222-1223.
8. Tekin A., Kartal A., Aksoy F., *Long-term results utilizing the unroofing technique in treating hydatid cysts of the liver*. Surg Today, 2008; 38 (9): 801-806.
9. Акимов Х.А., Назыров Ф. Г., Девятков А.В. и др., *Диагностика и лечение эхинококкоза у больных с циррозом*. «Хирургия эхинококкоза». тез. докл. межд. симпоз., 5-6/V 1994, г. Ургенч, 1994, с. 55-56.
10. Андреев Г.И., Ибальдин И.К., *Эхинококкоз печени – причина внепечёночной портальной гипертензии*. «Диагностика и лечение эхинококкоза» Тезисы всесоюзной научной конференции, 12-13/X 1987, г. Баку, 1987, с. 59-60.
11. Григорьянц Р.Г., *О некоторых показателях функции печени при эхинококковом поражении её*. Труды молодых учёных медиков Узбекистана. Ташкент, 1957; 5. 2 : 153.

#### Rezumat

Dezvoltarea cirozei hepatice pe fondalul echinococozei este o complicație foarte gravă. În acest studiu au fost analizate 378 de pacienți cu boală hidatică pe parcursul an.1990-2010. Ciroza hepatică a fost depistată la 15 pacienți (3%), cu localizarea chisturilor intrahepatic la - 6 pacienți, chisturi gigante - 5 și 4 pacienți cu echinococoză multiplă. Pentru diagnostic au fost folosite ecografia și CT. La acești pacienți a fost efectuată o pregătire intensivă preoperatorie. Am preferat intervenții chirurgicale de miniinvazive din cauza reducerii timpului de operație, traumatism minim și micșorării pierderilor sangvine. Acești pacienți au o perioadă mai lungă postoperatorie cu corecție medicală atentă. Rezultatele îndepărtate sunt bune.

#### Summary

Development of liver cirrhosis on the background of echinococcosis is the very serious complication. The results of examination and management of 378 patients with hydatid disease during 1990-2010 were analyzed in this study. Liver cirrhosis was found in 15 patients (3%); with intraliver localization of the cysts – 6 patients, giant cysts - 5 and 4 patients with multiple echinococcosis.

Ultrasound and CT were used to make a diagnosis. Intensive preoperational preparation was carried out to these patients. We preferred mini invasion operations due to reduction of operation time, minimal trauma and blood loss. These patients have a longer postoperative period with careful medical correction. The distant results are good.

#### Резюме

Развитие цирроза печени на фоне эхинококкоза является редким но тяжелым осложнением. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения группы пациентов 378 человек с эхинококкозом печени находившихся на лечении в период с 1990 по 2010г. Цирроз печени выявлен у 15 (3%), внутрипеченочная локализация кист в S1,4,8, выявлена у 6, гигантские кисты правой доли печени до 25см у 5, множественный эхинококкоз у 4 пациентов. Пациенты этой группы требовали тщательного обследования и предоперационной медикаментозной коррекции. Предпочтение отдавали миниинвазивным операциям что сократило кровопотерю, травматичность и время операции. Период послеоперационной реабилитации был более длительным в связи с тяжестью состояния и продолжением медикаментозной терапии. Экзистировала 1 пациентка от печеночно-почечной недостаточности. Медикаментозная противогельминтная терапия у этой группы пациентов противопоказана. Отдаленные результаты хорошие.

## TRAUMATISMELE FICATULUI LA COPIL

**Eva Gudumac**, acad., dr. hab. în medicină, prof. univ., Om emerit, **Irina Livșiț**, chirurg-pediatru, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”

#### Introducere

Traumatismele abdominale constituie și la etapa actuală un vast capitol al chirurgiei copilului, de o importanță practico-științifică deosebită, ca urmare a particularităților anatomo-funcționale și reflexogene și rolul acestora în dezvoltarea fiziologică normală a organismului în creștere. Cu toate progresele realizate în ultimii ani în tratamentul traumatismelor abdominale, rezultatele pe termen lung pentru bolnavul pediatric rămân incerte, multe dintre problemele practice reprezintă domenii insuficient cristalizate, în continuă dezbateri [2–5].

Marea majoritate a cercetătorilor preocupați de acest subiect recunosc unanim că problemele de diagnostic, diagnostic diferențial, tratament medico-chirurgical pe care le înaintază aceste traumatisme sunt